Gutierrez y Zavala (M)

BREVE ESTUDIO

SOBRE LA PROCIDENCIA

Y LA

CAIDA DEL CORDON UMBILICAL

EN MÉXICO.

TÉSIS

QUE PARA OPTAR LA PLAZA DE PROFESOR ADJUNTO

A LA CÁTEDRA DE OBSTETRICIA DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO

PRESENTA ANTE EL JURADO DE CALIFICACION

MANUEL GUTIERREZ Y ZAVALA.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE

BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1882

A LA GRATA MEMORIA

DE MI EXCELENTE MAESTRO

EL SEÑOR PROFESOR DON ANICETO ORTEGA.

A LOS DISTINGUIDOS PROFESORES

DON JUAN MARIA RODRIGUEZ, DON JOSE I. CAPETILLO

Y

DON RICARDO VERTIZ.

Muy estimado comp.º Egea:

Como un recuerdo de la consideracion y aprecio que tengo la satisfaccion de profesarte, reciba U. este trabajo de

El Autor

Enero 12/80

AL recorrer el vasto campo de la Tocología, al contemplar los numerosos é importantes puntos que abarca, y sobre todo, al examinar la variedad de opiniones que acerca de muchos de ellos reina entre las diversas Escuelas y la nuestra, el espíritu verdaderamente se sorprende y queda perplejo al tener que elegir alguno para su estudio.

Si bien es cierto que en su mayor parte los objetos que el arte obstetricial abraza, están ya de tal manera perfeccionados, que pueden considerarse como un dogma científico, tambien es verdad que hay otros que necesitan definirse y sancionarse por la práctica, uniformando las opiniones que sobre ellos existen.

Plumas mejor cortadas que la mia han asumido ya la honrosa tarea de dar á la publicidad el valioso contingente de los preceptos eminentemente prácticos que sobre muchos de ellos ha establecido la Escuela moderna mexicana.

Buscando yo, entre los restantes, algo que pudiera ser útil y práctico, me he fijado en el estudio de la procidencia y caida del cordon umbilical. La poca fre-

cuencia con que tal fenómeno se presenta en México, muy propia para hacer que pase fácilmente desapercibido; los funestísimos resultados que el accidente trae consigo cuando no es remediado á tiempo; y los notorios peligros que entrañan los rutinarios y erróneos conceptos que sobre la materia profesan los autores europeos: tales son las consideraciones que me han servido de guía en la eleccion que he hecho.

Exponer lo que el estudio y la observacion me han enseñado sobre el particular; combatir las ideas de autores renombrados; asentar las de nuestros más distinguidos prácticos; y señalar, entre todas, aquellas que en mi concepto son más conducentes al feliz desenlace que busca el partero, cuando á su saber y prudencia se confian el porvenir de una mujer y la vida de su hijo; ese será el objeto de este imperfecto trabajo. ¡Feliz yo, si él puede servir alguna vez para arrancar de las garras de la muerte á alguno de esos séres desgraciados cuya existencia toca al arte proteger y conservar!



Los diversos factores del acomodamiento fetal, providencialmente puestos en accion durante el embarazo fisiológico, son la egida que resguarda al producto de la concepcion y sus anexos. Gracias á su benéfica influencia el abocamiento es regular, frecuentemente irreprochable; las conexiones con el organismo materno son perfectamente aseguradas; el desarrollo simultáneo del feto y de la matriz sigue su marcha graduada y normal; y nada perturba, en el continente ni en el contenido, esa armonía de la naturaleza que es el *desideratum* del partero en todo lo que se relaciona al arte obstetricial.

La preñez llevada así á término bajo tan favorables auspicios, no es sino el prólogo de un trabajo de parto que se verificará con todas las condiciones de la eutócia.

Mas si al contrario, cualquiera de las circunstancias que conspiran á producir por su conjunto ese todo importantísimo de la acomodacion, se niega á prestar su contingente, el desequilibrio más grande sobreviene: la actitud del feto suele tornarse irregular; la relacion de sus ejes con los respectivos del útero y de la pélvis podrá ser completamente anómala; el segmento inferior de la matriz no se aplicará exactamente sobre la porcion fetal presenta-

da; y de aquí la posibilidad de que alguno de los miembros del producto ó el cordon umbilical, ó ambos á la vez, vengan á colocarse al lado de la region abocada en el estrecho superior. El parto que se verifique en tales condiciones, exigirá la intervencion del arte, por las numerosas y variadas causas de distocia á que puede dar lugar, y las que no estudio en conjunto porque ello me llevaria muy léjos de mi objeto, y por eso es que concretándome á él me ocuparé solo de lo que corresponde al prolapso del cordon.

Reina una verdadera anarquía entre los parteros, acerca de lo que debe entenderse por las palabras "procidencia, caida y prolapso del cordon." Así, miéntras que la mayoría de los autores considera dichas voces como sinónimas, Cazeaux llama prolapso lo mismo que Schröder, al descenso del cordon delante ó al lado de la presentacion, reservando el nombre de procidencia para los casos en que el descenso tiene lugar en el momento ó despues de la rotura de la fuente amniótica; Nægele, fundándose en lo que debe llamarse presentacion, á saber, la porcion del feto que llega primero al estrecho superior, opina que hay presentacion del tallo umbilical en el caso designado por Schröder y Cazeaux bajo la denominacion de prolapso, y que esta última palabra debe aplicarse á lo que aquellos llaman procidencia: por fin, el empleo del nombre *caida*, ya sea para considerar el fenómeno de una manera general, ó bien para limitarlo á uno ú otro de los diversos grados que le caracterizan, viene á aumentar la confusion, al grado de hacer difícil toda perfecta inteligencia sobre el particular. El Sr. Dr. D. Juan M. Rodriguez cree que, "aunque á primera vista pueda parecer redundante el empleo de las dos voces sinónimas, "procidencia,

caida," recapacitando un poco, se ve que no es así; porque á pesar de que sirven para designar un mismo hecho, éste se verifica en condiciones diferentes, que no ofrecen los mismos peligros, que no demandan iguales precauciones ni procedimientos semejantes; y que, puesto que el pronóstico y el tratamiento difieren en uno y otro caso, será útil conservar ambas locuciones en la Tocología." Mi entendido compañero, el Sr. Dr. Capetillo, acepta en todo las ideas de Nægele, y llama la atencion sobre la importancia que ellas tienen para la conducta que debe observarse durante el parto. A mi juicio las designaciones técnicas, en tocología, deben ir revestidas de un doble carácter de simplicidad y de aplicaciones prácticas, de manera que eviten todo viso de confusion en sus interpretaciones etimológicas y científicas. Por esta razon, y teniendo en cuenta á la vez el significado de las palabras, así como las indicaciones tocúrgicas diferentes á que pueden dar orígen, doy el nombre de procidencia ó presentacion del tallo ónfalo-mesentérico á la salida de este órgano y su deslizamiento adelante ó al lado de la region fetal presentada, estando intacta la fuente amniótica, y llamo prolapso ó caida, al mismo fenómeno verificado en el momento ó despues de la rotura de la bolsa.

Esta distincion es de un interés vital para la asistencia del parto, como tendré oportunidad de demostrarlo á su tiempo.

La procidencia y caida del cordon se observan en México con mucha menor frecuencia que en el extranjero. En una estadística formada por el Sr. Profesor Rodriguez, se registran sobre 4,500 partos, 38 casos de procidencia y 53 de caida. En 753 partos verificados en la Maternidad, y cuyas observaciones he podido consultar, gracias á

la deferencia de los Sres. Licéaga y Capetillo, he encontrado 10 casos entre procidencia y prolapso. Basta comparar estas cifras con las que presentan las estadísticas extranjeras, para convencerse de la rareza relativa entre nosotros del accidente que me ocupa. El distinguido Profesor de la Clínica obstetricial ya citado, explica esta diferencia por lo poco comunes que en el país son los vicios de conformacion de la pélvis; los que como causa productora del fenómeno, ocupan uno de los lugares más importantes. Puede tambien contribuir al feliz éxito la postura en que paren las mujeres en México, postura que no tiene, como la llamada inglesa, y la sobre los codos y las rodillas, recomendada especialmente en Alemania, el sério inconveniente de dejar un lugar vacío por donde el cordon pueda escaparse. Esta circunstancia no puede, sin embargo, acusarse cuando el accidente se presenta en las mujeres de nuestro pueblo, que, como se sabe, paren de rodillas y haciendo grandes esfuerzos de expulsion; circunstancias que debieran influir de un modo manifiesto en la produccion del prolapso. Mi excelente amigo el Sr. Profesor Capetillo, á quien como á mí, ha llamado la atencion la rareza con que en las condiciones citadas desliza el cordon, la explica por la gran resistencia orgánica de estas mujeres, y por la tonicidad de sus músculos, que se opone así fácilmente á la no coaptacion de las paredes uterinas y la region abocada.

Si se considera, por un momento, la falta de relacion que existe entre el reducido número de casos en que el cordon desliza, acompañando ó precediendo la presentacion, y la multiplicidad de las causas que pueden producirla, ocurre desde luego preguntar, en virtud de qué mecanismo el cordon es retenido normalmente en el claustro uterino;

siendo así que, en virtud de su tamaño (50 centímetros aproximadamente) y de su peso, mayor que el del líquido amniótico, deberia tender á salir, y esto con tanta más razon cuanto que es liso, redondeado, móvil, y se halla situado en el hueco que deja el plan anterior del feto. Así deberia suceder en realidad, si no lo impidiese, como lo cree Nægele, la adaptacion exacta del segmento inferior de la matriz á la parte abocada; la cual, evita á la vez, y por idéntico mecanismo, la completa salida de las aguas.

Examinando con atencion las diversas causas de procidencia y prolapso del cordon señaladas por los autores, se ve que todas ellas reconocen un solo y mismo orígen: la falta de coaptacion exacta entre la region presentada y el canal. Las que se deducen de los datos estadísticos ya citados, son las siguientes: presentaciones de cara, de tronco, de la extremidad pelviana, las inclinadas de vértice, las complicadas de procidencia de uno ó varios miembros; la hidropesía del amnios; la insercion anormal de la placenta; la preñez gemelar; el parto muy rápido; y los vicios de direccion de la matriz, especialmente el *venter propendens*. Además, hay que tener en cuenta la rotura prematura de la fuente, sobre todo cuando tiene lugar en la estacion vertical, y por último, la longitud excesiva del cordon. En una de las diez observaciones de que hice mencion al hablar de la estadística, el tallo umbilical tenia 85 centímetros.

Las estrecheces pelvianas son muy raras en México: pero los pocos casos existentes deben sin embargo considerarse como causa muy eficaz de procidencia y caida del cordon.

Hay veces en que éste desliza á consecuencia de la introduccion de las manos ó de instrumentos al interior de la matriz: esta caida artificial no entra en el estudio de este imperfecto trabajo, y omito por lo mismo el tratarla.

Fácil es comprender la manera con que obran todas las causas que he mencionado para producir el descenso del cordon umbilical. Como sabemos, es una ley en tocología la precisa adaptacion de la parte presentada con el estrecho superior, para el feliz término del parto; por lo tanto, siempre que este precepto no sea obsequiado debidamente, el fenómeno que estudio puede presentarse; y esto sucederá en las presentaciones viciosas, desfavorables, inclinadas de vértice, complicadas; en las versiones y flexiones de la matriz, etc., etc., porque en todas éstas puede quedar siempre entre el feto y la parte de la pélvis con que se pone en relacion un espacio más ó ménos amplio por donde el líquido amniótico se escurrirá precipitadamente al menor esfuerzo, arrastrando consigo al cordon, y esto con mayor facilidad cuando ya éste se presenta en el estrecho superior.

El hidroamnios, además de la gran distension de las paredes uterinas y de la fácil movilidad del producto que es su consecuencia, tiene el grave inconveniente de oponerse generalmente al libre desarrollo del feto, el que siendo entónces muy pequeño, se convierte en nuevo obstáculo para un buen acomodamiento.

La longitud anormal del cordon no es por sí sola sino una simple causa predisponente, que necesita de la cooperacion de cualquier otra circunstancia favorable para determinar el prolapso de una asa funicular. La insercion viciosa de la placenta tiene un doble modo de obrar: por una parte, acerca notablemente al orificio uterino la extremidad placentaria del cordon, y por otra, eleva y aleja la parte presentada, é impide así que ésta descienda al segmento inferior del útero, con lo cual deja un lugar vacío que el cordon se apresura á ocupar.

No poseo datos suficientes para establecer la frecuencia relativa de las distintas causas enumeradas en la produccion del fenómeno, y solo diré, que en lo que se refiere á las presentaciones, la relacion para diez partos es como sigue: Vértice, 2. Pélvis, 5. Tronco, 2. Cara, 1. Lo pequeño de la estadística implica el valor escaso que puede prestársele.

Encontrando las diversas causas enumeradas sus mejores condiciones de produccion en las mujeres multíparas, en ellas el accidente es mucho más comun que en las primíparas.

Los gravísimos peligros que para la vida del feto acarrean la presentacion y la caida del cordon, implican la imperiosa necesidad de conocer á tiempo y de una manera que no deje lugar á duda, la existencia de semejante complicacion. Solo así, en efecto, podrá hacerse á tiempo y con oportunidad una feliz eleccion de los medios más á propósito para salvar la existencia del producto de la concepcion.

Desgraciadamente, este diagnóstico no siempre es fácil, especialmente cuando se trata de la procidencia. Ya Depaul, para desvanecer las aserciones de los que consideran cosa muy sencilla sentir al través de las membranas un tallo blando, redondeado, que se desaloja fácilmente, y está dotado de pulsaciones, señala la imposibilidad de percibir estos signos cuando el orificio uterino no está suficientemente dilatado, de manera que permita al dedo llegar á las membranas; y crée que solo en el caso de que la cabeza del feto descienda bastante á la excavacion al grado de que esté perfectamente aplicada al segmento inferior de la matriz, y que la pared de ésta sea tan delgada que se puedan á través de ella tocar las suturas y las

fontanelas, *podrá entónces no ser imposible* reconocer el tallo umbilical en los caractéres dichos; pero conviene, sin embargo, en que la reunion de circunstancias tan favorables es muy difícil encontrar en la práctica. Naegele, que es de los que aceptan como generalmente fácil el diagnóstico en el caso de que me ocupo, acepta como causas de dificultad la existencia de una gran cantidad de líquido, la tension constante de las membranas, y la presencia de una asa muy pequeña del cordon, ó que éste lata muy débilmente. Otro tanto opina Schröder.

Pero ninguno es tan explícito sobre el particular como el distinguido Profesor de la Clínica obstetricial Dr. Rodríguez, quien se expresa de esta manera. "El diagnóstico de la procidencia es sumamente difícil. Aunque en algunos libros se lee, que estando intactas las membranas, el cordon umbilical puede ser fácilmente reconocido, porque á través del segmento inferior de la matriz, de las membranas, se toca con la apetecible claridad una asa formada por un cordon de cierto calibre, de tal consistencia, y pulsátil, la experiencia dice lo contrario. La facultad tactil mejor educada se embota y nada descifra, sobre todo si el cordon es delgado, si los latidos son ténues, ó si las arterias no laten."

Se ve, pues, qué cúmulo de dificultades hay para el diagnóstico de la procidencia del cordon, al punto de hacerlo casi imposible. Sin embargo, las circunstancias no son siempre tan desfavorables, y habrá casos en que sea rigurosamente practicable llegar al conocimiento del fenómeno. Las condiciones favorables á este resultado son: una dilatacion suficiente del cuello uterino, alguna elevacion de la parte presentada, la existencia de una cantidad normal de líquido, la delgadez y poca tension de las membranas. No creo, como Depaul, que pueda

sentirse el cordon á través del segmento inferior de la matriz.

Se evitará confundir el asa funicular con las desigualdades que á veces existen en la superficie de membranas muy gruesas, teniendo en cuenta la falta de pulsaciones y de movilidad propias solo del cordon.

Tarnier piensa que puede tomarse por el cordon procidente el cuello uterino: tal confusion, que me parece muy remota, no existirá desde el momento en que se convenza el partero de que el cuerpo que se toca es enteramente fijo y no se desaloja como el cordon.

Las pulsaciones de las arterias digitales y vaginales pudieran á la primera impresion ser tomadas por las del cordon; pero si hay oportunidad de contarlas, cesará el error, puesto que las últimas son isócronas al pulso fetal y no al materno.

Las dificultades opuestas por la tension exagerada de la bolsa, suelen ser remediadas, haciendo la exploracion en el intervalo de las contracciones, y deprimiendo suavemente las membranas.

Mas no me cansaré de repetirlo: á pesar de todos estos medios, el descenso del cordon puede pasar, y pasa de hecho, frecuentemente desapercibido.

No sucede lo mismo con el prolapso. La facilidad que entónces ofrece el diagnóstico está perfectamente trazada en lo que sobre esto dice el Sr. Rodriguez, y es lo siguiente: "Una vez rota la bolsa, con los caractéres propios del cordon, es sumamente difícil desconocer la caida de este tallo, aun en el supuesto de que los latidos de las arterias hayan desaparecido temporal ó definitivamente. En caso de duda, para mejor apreciar la forma, extension, circulacion y demás caractéres de la asa funicular, y prévias

las precauciones requeridas para el caso, se obvian las dificultades metiendo la mano y *reconociendo con los dedos, en el intervalo de los dolores, y no durante las contracciones*, pues, como se sabe, el dolor paraliza momentáneamente la circulacion fetal. La intro-auscultacion, preconizada por álguien, además de que es operacion molesta de por sí, tiene el inconveniente de que es imposible definir si el latido que se oye depende de la circulacion del cordon, ó del corazon del feto trasmitida hasta allí, ó de la circulacion materna, que en ciertas circunstancias puede ser isócrona con la fetal."

No basta al partero saber que existe el prolapso del cordon; hay otro punto de la mayor importancia que él debe diagnosticar, y es la vida ó muerte del producto: esto cambia en efecto, tanto las circunstancias del pronóstico como las indicaciones del tratamiento.

Cuando el cordon está frio, marchito, de color verdoso y no late, es indudable que el feto está muerto; pues aun cuando autores tan respetables como Joerg y Madame Lachapelle aseguran que hay niños que *con un cordon marchito son vigorosos*, error es éste "que solo puede explicarse por el calor con que se discuten en el extranjero ciertos trabajos de gabinete."*

Por lo que toca al reconocimiento de las pulsaciones del cordon, varias causas de error pueden presentarse. En primer lugar, é independientemente de lo dicho á propósito del diagnóstico del prolapso basado en este dato, no basta para percibir los latidos de la asa funicular tocar ésta con el dedo; es necesario, como lo hace muy bien notar Depaul, que este tallo pueda ser tomado en una es-

* Prolapso del cordon. Tésis por Lamberto Ayala.—1882.

pecie de gancho formado con el dedo, lo que no puede tener lugar sino en raros casos, ó bien aplicar el tallo umbilical contra una parte resistente. La razon de estas dificultades está en la excesiva movilidad y fácil desalojamiento del cordon. Debe, además, tenerse en cuenta, que las pulsaciones umbilicales cesan á menudo completamente durante las contracciones. Por lo que, y para evitar un error de funestas consecuencias, es necesario hacer la exploracion en el intervalo de los dolores.

Puede suceder tambien, cuando no se llena este precepto, que se crea en la existencia de pulsaciones que ya no existen, porque en el momento de la contraccion, la onda sanguínea hinche los vasos umbilicales, induciendo así á error. Por lo demás, y esto es de la mayor importancia, en éste y en cualquiera otro de los casos en que los datos suministrados por el exámen del tallo umbilical sean dudosos, se tiene una guía preciosa y segura en la auscultacion del vientre de la madre.

Los peligros que en el descenso del cordon corre el feto son de la más alta trascendencia. Si se consultan los datos estadísticos relativos, espanta la mortalidad que ellos arrojan. Así, Lebmacher cree que sobre 50 casos no se salva sino un niño; en las Maternidades de Dresde y Marbourg se fija la proporcion de 7 niños para 28; Michælis opina que solo viven 7 de 27; Stoltz no ha visto sobrevivir sino 4, sobre 56; Schweighoeuser 3, sobre 28; en fin, Depaul encuentra una relacion de 47 para 143. En México, la mortalidad es un poco menor, gracias á la abstencion del método instrumental; y no dudo que se reducirá á su mínima expresion, á medida que se propaguen más y más las ideas de la Escuela tocológica mexicana á propósito del tratamiento de esta complicacion.

¿Cuál es la causa de la muerte del producto? En todo tiempo se ha convenido que ella reside en la interrupcion de la circulacion fetal; pero ha existido el mayor desacuerdo cuando se ha querido fijar el mecanismo de esa interrupcion. Smellie, Osiander, Schweighoeuser, admiten que el enfriamiento del cordon, fuera de los órganos genitales, trae consigo la coagulacion de la sangre, y por lo mismo la muerte. Mauriçeau, Deventer, Roederer, Baudelocque, aceptando esta manera de ver, hacen intervenir á la vez, la compresion que los vasos sufren, cuando el cordon desciende con la parte presentada. Delamotte fué el primero que se rehusara á admitir la supuesta accion del enfriamiento, demostrando que miéntras la sangre circule libremente en los vasos umbilicales, el cordon no podrá enfriarse. Despues de este ilustre autor, Puzos, Amand, Dewees y todos los parteros modernos han combatido la teoría del enfriamiento, y es hoy un hecho adquirido en Obstetricia, que la compresion es la sola causa de la muerte del producto.

Pero quedaba aún un nuevo motivo de divergencia, sobre la clase de vasos que sufren la compresion, queriendo algunos, como Mittelheuser, Wigand y Deneux, limitarla á la vena, y otros, por ideas enteramente opuestas, á las arterias. Para los primeros, siendo las paredes arteriales más gruesas y elásticas, y recibiendo, además, la influencia de las contracciones cardíacas, debe producirse más fácilmente la compresion de la vena, y entónces, no llegando ya sangre de la placenta al feto, éste debe morir de anemia. Los segundos, fijándose en que las arterias son en número de dos, y en que describen un gran número de espiras, opinan que por este mecanismo protegerán á la vena, sufriendo solo ellas la compresion, y muriendo

entónces el feto por apoplegía. Por fin, no falta quienes, como Masius y Crone, admiten que la compresion puede ejercerse unas veces sobre las arterias, y otras sobre la vena.

El Sr. Profesor Rodriguez dice á este respecto: "Las opiniones de Chambon, Baudelocque, Capuron, Deneux, Freteux y otros, han cedido el puesto de honor á la idea de que no es en la cantidad, sino más bien en la calidad de la sangre que recibe el feto durante la compresion del cordon, donde conviene buscar, y donde en efecto se halla la causa de su asfixia y de su muerte." Con efecto, basta fijarse en la estructura del cordon, compuesto, como se sabe, de vasos arrollados en espiral, y cubiertos por la gelatina de Wharton, para comprender la imposibilidad de una accion compresiva limitada á uno solo de los canales vasculares que lo forman. Por otra parte, siendo la placenta el órgano encargado de suministrar al feto, á la vez, los materiales de su nutricion y respiracion, es obvio que todo obstáculo en la circulacion umbilical, debe impedir la vivificacion de la sangre, y determinar la asfixia. Este es, pues, y no otro, el mecanismo de la muerte del producto, y esto es tambien lo que confirman las autopsías, en las que se encuentran, no los pretendidos caractéres de la apoplegía ó la anemia, sino los propios y peculiares de la falta de oxigenacion de la sangre. (La cara del feto presenta un color amoratado; las cavidades del corazon están llenas de sangre negra; los pulmones, el cerebro y el hígado ofrecen todos los signos de congestion.)

El mecanismo de la muerte del producto, y el cuadro de la mortalidad producida por el descenso del cordon umbilical, establecen de una manera clara y precisa, la suma gravedad de este accidente. Pero hay condiciones espe-

ciales que pueden atenuar ó exaltar el peligro á que en tal caso está expuesto el feto. Desde luego, por razones fáciles de comprender, la procidencia del cordon es ménos grave que su prolapso. Si la asa que acompaña á la presentacion es pequeña, podrá esperarse que ella se reduzca espontáneamente á medida que ésta descienda. Hay casos, sin embargo, en que la muerte puede sobrevenir ántes de la ruptura de la bolsa.

Es de gran importancia para el pronóstico, tener en cuenta los puntos de la pélvis por donde deslice el cordon, así como la relacion que guarda con las diversas partes de la region abocada. Al nivel de las sínfisis sacro-ilíacas, el asa funicular puede escapar á la compresion; miéntras que en las partes ántero-laterales de la pélvis, aquella será casi segura. Si el tallo umbilical desciende á los lados de la cabeza, será ménos fácilmente comprimido que cuando se encuentra aplicado sobre la frente ó el occipucio.

La presentacion fetal es otro factor interesante del pronóstico. Bajo este punto de vista, la gravedad es mucho mayor, en igualdad de circunstancias, en el abocamiento por el vértice: vienen luego en órden decreciente las presentaciones de la cara, del tronco y de la extremidad pelviana.

La insercion normal de la placenta es una circunstancia favorable para el producto, miéntras que la situacion opuesta, exponiendo desde el principio, el asa funicular á la compresion, deja pocas probabilidades de salvacion.

La integridad de las membranas, y la posibilidad de conservarla hasta que la cabeza haya atravesado el estrecho superior, constituyen en fin, una de las mejores condiciones que resguardan á la circulacion funicular.

Las condiciones todas del pronóstico quedan, á mi jui-

cio, perfectamente establecidas, diciendo con el Sr. Rodriguez: "*El peligro está en razon directa de la compresion y del tiempo que ella dure.* Cuando el cordon está frio, marchito, verdoso y no late, la muerte del producto es inevitable. Cuando el trabajo del parto está léjos de su terminacion, cuando no se puede intervenir porque la poca dilatacion ó dilatabilidad del orificio uterino no permiten practicar la operacion indicada por la presentacion y circunstancias concomitantes para extraer el feto y salvarle (version, extraccion manual, forceps), el pronóstico es gravísimo. Al contrario; si los latidos arteriales subsisten con cierta tension y cierto ritmo regular, si la marcha del trabajo es rápida, si se puede operar sin otra traba, el pronóstico es más favorable. En estos casos el práctico tiene que observar una conducta cautelosa y ser muy reservado: la más leve ligereza puede comprometerle seriamente."

Para concluir lo relativo al pronóstico, diré, que el accidente, no oponiendo obstáculo alguno á la marcha del parto, no puede tener para la madre otra gravedad que la intrínseca de las operaciones á que se tenga que recurrir.

Llego al punto verdaderamente importante y en extremo difícil de la procidencia y caida del cordon, es decir, á aquel en que más difiere la manera de ver de las Escuelas extranjera y mexicana, y cuyas bases deben ser de tal manera precisas, que conduzcan de un modo cierto y seguro á la salvacion de esos dos séres cuya vida y salud toca al partero resguardar: quiero hablar del tratamiento. Esta parte exige la mayor sagacidad y prudencia del práctico, así como una exactísima apreciacion de las diversas indicaciones que pueden presentarse. Por no obsequiar

esta última condicion, es por lo que la mayor parte de los procedimientos extranjeros pecan por su base.

La idea de reponer en su lugar la parte del cordon salida de su sitio normal, ha preocupado de tal modo á los parteros, desde la más remota antigüedad, que para llegar á su objeto y haciendo á un lado las circunstancias del fenómeno, solo han tenido como punto de mira el imaginar maniobras ó procedimientos de reduccion más ó ménos variados, más ó ménos contraproducentes. Limitando la pauta de que derivan las indicaciones á la sola distincion entre la procidencia y la caida del cordon, no han tenido en cuenta los casos variados en que la primera puede presentarse, y muchos hay que ni siquiera toman en consideracion la vida ó muerte del producto, que es de tan vital interés para la práctica.

En el caso de presentacion del cordon, Tarnier recomienda reducirlo por medio de la mano, operando en el intervalo de las contracciones, y ejerciendo sobre él una especie de táxis, como se aplica á las hernias. Osiander, Michælis y Hüter aconsejan el mismo procedimiento; pero una vez obtenida la reduccion, quieren que se rompa la bolsa, con el objeto de que descendiendo la parte presentada sobre el orificio uterino, se impida un nuevo descenso del cordon.

No se necesita hacer un gran esfuerzo de la imaginacion para rechazar la práctica de Tarnier. Suponiendo perfectamente establecido el diagnóstico (cosa difícil segun lo he dicho ya), las tentativas de reduccion serán infructuosas, así por la persistencia de las causas que hacen salir el cordon, como por las condiciones peculiares á éste, que le hacen deslizar y huir de la mano que va en su busca; pero lo que es todavía más importante,

las tentativas son esencialmente peligrosas, porque la introduccion repetida de la mano traerá consigo la ruptura de la bolsa. Ahora bien, este accidente, además de todos los peligros que acarrea en la marcha del trabajo, tiene el gravísimo de convertir la procidencia en prolapso. Si el procedimiento, enteramente teórico y contraproducente de Tarnier no me parece aceptable, ¿qué diré de aquellos que aconsejan como un precepto la ruptura de la bolsa, con todos sus inconvenientes y á un período del parto en que la poca dilatacion del cuello uterino no permite intervencion de ninguna especie? Yo creo que si el partero se propusiera conspirar con todas sus fuerzas contra la vida de la madre y del producto, no tendria más que recurrir al procedimiento de Osiander, Michælis y Hüter.

Ya Depaul y Nægele, pronunciándose en contra de los métodos citados, recomiendan proteger la integridad de las membranas. Con este objeto, y con la esperanza de obtener la retraccion del tallo umbilical, Birnbaum aconseja colocar un *colpeurinter* en la vagina; Ritgen y Thomas recomiendan la postura de la parturiente sobre los codos y las rodillas. Independientemente de los defectos anexos al colpeurinter, y de lo incómoda y humillante de la postura ántes enunciada, el principio de oponerse á la rotura de la fuente que sirve de base á estos medios, y que con tanta razon defienden Nægele y Depaul, es enunciado por ellos de una manera general, y sin tener en cuenta las fases diversas del fenómeno que se tiene que combatir.

La Escuela tocológica mexicana comienza por establecer este punto esencial: si el niño está muerto ó vive. En el primer caso aconseja prescindir de toda intervencion, á no ser que otra causa diversa exigiere la terminacion ar-

tificial del trabajo. La razon de este consejo es, que el parto ha de concluir por los solos esfuerzos de la naturaleza, no obstante la salida intempestiva del cordon funicular. Mas si el feto vive, la conducta variará segun las circunstancias.

Si se advierte la procidencia muchos dias ántes del término natural del preñado, como es remoto el peligro de muerte, el Sr. Rodriguez aconseja dejar el caso al tiempo, porque dice, la "fuerza proteica llamada vulgarmente *natura medicatrix*, con frecuencia arregla las cosas más árduas de la manera más cumplida y satisfactoria. El accidente que hoy se observa, mañana ú otro dia desaparece, porque ha sido providencialmente remediado."

Si la procidencia persiste, despues de cierto tiempo, es de la mayor importancia buscar con esmero la causa del accidente. Si ella es remediable, como por ejemplo, cuando se trata de ántero ó látero-versiones, ántero ó látero-flexiones de la matriz, el vientre en alforja, se identificarán por medios adecuados, los ejes abdominal, uterino y pelviano. Siendo el descenso del cordon una especie de privilegio de las malas presentaciones, diagnosticada cualquiera de ellas, debe procederse á la version por maniobras externas, con el objeto de convertirla, invertirla ó regularizarla, segun que se trate del tronco, de la extremidad pelviana ó de la cara. Esta maniobra tan importante, pues que allana desde luego toda dificultad, y que es tan obvia, supuesto que va anexa al tratamiento de las presentaciones viciosas ó desfavorables, no consta, sin embargo, en ninguno de los capítulos consagrados por los autores al estudio de la caida del cordon, y solo alguno la recomienda, tímidamente, en los casos de presentacion pelviana. La aplicacion de las maniobras externas al tratamiento de la proci-

dencia la he oido recomendar por la primera vez al distinguido Profesor D. José Ignacio Capetillo, en sus lecciones clínicas, y consta en la tésis del Sr. D. Lamberto Ayala, inspirada bajo las ideas de dicho Profesor. En el resúmen que de sus ideas sobre el asunto de esta tésis, se ha servido suministrarme el tantas veces mencionado Profesor Rodríguez, consta tambien, la version externa como un medio eficaz de remediar la procidencia del cordon.

En el caso de que el partero fuere solicitado en el momento del trabajo, si las condiciones se prestan á ello, es aún á la version por maniobras externas á la que deberá recurrir. Mas si por cualquier circunstancia, dependiente del tiempo en que fuere llamado, ó de dificultades ó requisitos anexos á la operacion, ésta no puede ó no debe ser practicada, entónces hay que cuidar con esmero de que la dilatacion uterina marche con toda regularidad, evitando á todo trance que la mujer se esfuerce y puje, á fin de lograr que la fuente se conserve intacta hasta su completa madurez. *Con tan sencillo artificio* se consigue que la compresion no vaya á más, que el período de expulsion se abrevie, y *en último caso se tiene ampliamente abierta la puerta para ejecutar en un plazo breve la operacion del desembarazamiento, única tabla de salvacion para librar al feto de un naufragio cierto en multitud de circunstancias azarosas de la práctica obstetricial.* (Rodríguez.) Tal es la práctica aconsejada en estos casos por los Sres. Rodríguez y Capetillo, y que acepta igualmente, mi querido condiscípulo el inteligente Profesor D. Ricardo Vértiz. Para lograr el objeto que ella entraña, la mujer debe estar acostada en la postura llamada inglesa, escogiendo el lado opuesto al en que desliza el cordon; medio más cómodo y

eficaz que la posicion recomendada por Gaillard Thomas, de Nueva-York.

Hasta aquí el tratamiento de la presentacion del cordon. Paso á ocuparme de los preceptos de las Escuelas extranjeras y la mexicana en los casos de caida, es decir, cuando la bolsa está rota.

La reduccion es aún, el caballo de batalla de los parteros alemanes, franceses, ingleses y norteamericanos; y se ha considerado este procedimiento de tal manera inherente á la complicacion que con él se quiere remediar, que se le ha practicado desde hace mucho tiempo. Mauriçeau fué de los primeros en ejecutarlo; Peu, Amand, Roederer y muchos otros han seguido su ejemplo; Madame Lachapelle, D'Outrepont, Siebold y Michælis han defendido el método, publicando observaciones muy favorables á él.

Para ejecutar la reduccion de la asa prolapsada, estos diversos autores recomiendan el uso de la mano (la derecha cuando el cordon cae por el lado izquierdo y vice versa); hacen acostar á la mujer en el decúbito supino, con los miembros abdominales moderadamente separados; con dos ó más dedos repelen al cordon poco á poco, comenzando por la porcion más próxima al cuello uterino, procuran llevarlo lo más alto posible, y no lo abandonan sino hasta que lo creen completamente reducido.

Como á pesar de todas las precauciones imaginables, el prolapso tiende á reproducirse, ha venido naturalmente la idea de emplear diferentes instrumentos que colocando al cordon á una altura que los dedos no pueden alcanzar, aseguren su reduccion. Es de tal manera grande el número de instrumentos imaginados, desde un simple catéter elástico hasta los aparatos más complicados, que fatigaria inútilmente su más ligera descripcion, y creo nadie puede jac-

tarse de conocerlos todos. Citaré, solamente por memoria-los de Schoeler, Tarnier, Hyernaux, Van Eckhardt, Ait, ken, Roberton, Dudan, Champion, Scanzoni y Michælis. Para aplicarlos, sus autores recomiendan las mismas reglas que para la reduccion manual.

A título de auxiliar importante de la reposicion del cordon, ya sea operada con la mano, ó bien con ayuda de algun instrumento, Ritgen y Birnbaum aconsejan el decúbito dorsal, y sobre todo, la posicion que preconiza el Dr. Thomas.

Los inconvenientes imbíbitos en todos estos preceptos de las Escuelas extranjeras son tan grandes, que saltan desde luego á la vista. El primer reproche que ocurre hacerles es la dificultad de su realizacion y la casi imposibilidad de verles coronados de éxito. Es esto tan cierto, que Boer, el primero en negar la utilidad de los diferentes medios de reducir el cordon, califica al procedimiento con el nombre de trabajo de las Danaides. El Sr. Profesor de Clínica obstetricial en México, llama á los defensores de semejante conducta, médicos que, sujetos á un yugo rutinario, pierden un tiempo precioso, é inconvenientemente se colocan en la desesperante cuanto penosísima situacion de aquel rey de Corinto, Sísifo, condenado por Teseo á subir una piedra grande y redonda desde la base á la cúspide de una montaña, desde donde apénas llegada rodaba al suelo para volver, luego, sin tregua ni descanso, á la misma ocupacion. Pero no son únicamente las dificultades y el fracaso de las tentativas, manuales ó instrumentales, de la reposicion del cordon, las causas que me hacen rechazarlas: hay otro motivo de gran peso y de notoria gravedad. Las tentativas citadas exigen para su empleo la introduccion reiterada de la mano, sola ó armada de

instrumentos, á las cavidades vaginal y uterina: y ¿qué debe suceder en tal caso, cuando la mayor parte del líquido amniótico ha salido con el cordon, si por una maniobra cualquiera se abre una brecha amplia entre las paredes uterinas y la region presentada? La respuesta es obvia: el poco líquido contenido en la cavidad de la matriz se escurrirá en su totalidad; el útero, siguiendo el movimiento retráctil natural en este caso, determinará la diminucion del calibre de los vasos de las placentas materna y fetal, debilitará los cambios osmóticos, y de consiguiente aumentará la asfixia. Por idéntico mecanismo, cuya descripcion pertenece al Sr. Rodríguez, produce la salida completa de las aguas la posicion aconsejada por Gaillard Thomas.

Teniendo en cuenta las razones expuestas, los prácticos mexicanos desechan de una manera general la intervencion manual é instrumental ya descrita; y digo de una manera general, porque tendré que ocuparme, muy pronto, de un procedimiento de reduccion, que sin ofrecer los inconvenientes de los ya enunciados, presenta á mi juicio notorias ventajas.

Despues de establecer, como en la procidencia, el diagnóstico de la muerte ó vida del producto, dejando en el primer caso la terminacion del parto á los esfuerzos de la naturaleza, la práctica mexicana varia en el segundo, conforme al grado de dilatacion que ofrece el cuello uterino.

Si ella es insuficiente, el Sr. Rodríguez, vista la gravedad de la situacion, opina que debe evitarse que el cordon sea muy comprimido, lo que cree puede lograrse acostando á la parturiente sobre el lado contrario al del prolapso, y si esto no bastare, situando con la mano al cordon en la parte del canal donde se halle más holgado, hacien-

do avanzar á gran prisa la dilatacion, ó aunque sea la dilatabilidad del orificio uterino por medio de la ducha de agua tibia, conforme al procedimiento mexicano (jeringatorio continuado de agua tibia).

Esta manera de proceder evita seguramente al feto la asfixia producida por el escurrimiento de las aguas y la retraccion del útero; mas no remedia definitivamente la compresion del cordon, así es que la muerte del producto puede acontecer ántes de que sea lícito recurrir al desembarazamiento de la enferma.

Penetrado sin duda de esta necesidad, el diestro y entendido Profesor Capetillo, emplea el siguiente procedimiento. "Cuando la bolsa está rota, dice dicho señor, y el cuello uterino tiene una dilatacion de dos y medio á tres centímetros y es dilatable, que es cuando se verifica en estas circunstancias la salida del cordon umbilical fuera de la cavidad uterina, entónces, vista la premura que hay en obrar, á la vez que la imposibilidad de otra maniobra, se debe intentar reintroducir el cordon. Para conseguirlo se coloca á la parturiente en posicion tocológica, pero elevando lo más que se pueda la pélvis por medio de almohadas, cojines, etc.: hecho esto, se introduce en la vagina la mano derecha provista de una cinta apropiada al caso, con la que se forma una asa floja al cordon, despues de lo que, y sirviéndose de una sonda larga y provista de su mandrin, se procede como si se tratara de ejecutar la maniobra de Dudan; mas con la precisa condicion de que una vez repuesto en su sitio, y lo más alto posible el cordon, no se saque la sonda, sino que se deje en su lugar hasta tanto que se complete la dilatacion, y sea posible obrar conforme á lo indicado."

Las ventajas de este método, que está llamado á pres-

tar grandes servicios, son las siguientes: es una sola la tentativa que hay que hacer; no se trabaja dentro de la cavidad uterina, y por lo mismo no se pierde mayor cantidad de líquido amniótico; no dificulta la marcha del trabajo; corrige de una manera definitiva el prolapso; y en fin, no es indecoroso para la paciente ni molesto para el médico. Todo esto es tan evidente, tan halagador, y de tal modo confirmado por la práctica del Sr. Capetillo, que considero al método como una verdadera tabla de salvacion en los casos en que encuentra su aplicacion. Tal es, igualmente, el parecer del Sr. Profesor Vértiz.

Cuando la dilatacion del cuello uterino ó su dilatabilidad son suficientes, todos los autores creen que debe intervenirse para desembarazar á la parturiente; pero no están acordes sobre la manera de llevarlo á cabo, limitándose á recomendar el forceps, siempre que la cabeza haya descendido bastante al canal. En el caso contrario, así como cuando la presentacion no es la del vértice, pasan en silencio la conducta que debe observarse, y solo Engelman aconseja la version para el caso en que la cabeza esté muy alta, y *prévio fracaso de la posicion y de la retropulsion.* Como se ve, aunque la indicacion en sí es buena, tiene, como lo hace notar el Sr. Rodríguez, el defecto de ser limitada al problema que el autor citado se propone.

En México, una vez ampliado ó ampliable el orificio uterino, si se ha tenido la fortuna de que la parte abocada descienda, quedando el asa funicular libre dè toda compresion, segun el procedimiento del Sr. Capetillo, es de buena regla, para dicho Profesor, abandonar la terminacion del parto á la naturaleza. En el caso opuesto debe procederse al desembarazamiento ejecutando la operacion

que esté indicada (forceps, conversion, inversion bipolares por maniobras mixtas, etc.) (Rodríguez y Capetillo.)

Como se ve, la diferencia entre los procedimientos mexicanos y los extranjeros usados para combatir la procidencia y caida del cordon umbilical es tan palpitante, que nada hay de comun entre ellos, pues se distinguen esencialmente entre sí, por su base, por las condiciones de su aplicacion, pero sobre todo por sus resultados. Los preceptos de la Escuela mexicana, estrictamente sujetos á las necesidades de la práctica, y encaminados constantemente á evitar la interrupcion de la circulacion fetal, deben ser coronados del más completo éxito, salvando así innumerables niños condenados á una muerte segura.

De todo lo expuesto á propósito del tratamiento, creo poder deducir las conclusiones siguientes:

1ª Trátese de la procidencia ó de la caida del cordon umbilical, si el feto está muerto, debe abandonarse el parto á los esfuerzos de la naturaleza, á ménos que otra circunstancia exija su pronta terminacion.

2ª Diagnosticada la procidencia muchos dias ántes del término del embarazo, se abandonará el caso al tiempo, como lo aconseja el Sr. Rodríguez.

3ª Si el descenso persiste, ó si el partero es llamado en el momento del trabajo, y las condiciones son propicias, se procederá por maniobras externas á hacer la operacion indicada (conversion, regularizacion, inversion), segun la recomiendan los Sres. Capetillo y Rodríguez.

4ª Cuando por cualquier motivo no fuere practicable el procedimiento anterior, se colocará á la parturiente en el decúbito lateral, y se le prohibirá todo esfuerzo, con el objeto de conservar la integridad de las membranas hasta la completa dilatacion del cuello uterino.

5ª Si el cordon desliza fuera del claustro uterino despues de la rotura de la bolsa, y cuando la dilatacion es insuficiente, debe reintroducirse el asa prolapsada segun el método recomendado por el Profesor Capetillo, y aceptado por el Profesor Vértiz.

6ª Tan presto como la dilatacion, ó al ménos la dilatabilidad del cuello fueren suficientes, prévio el mismo procedimiento, hay que abandonar el parto á la naturaleza, si la parte abocada desciende á la excavacion. En el caso contrario se procederá al desembarazamiento, ejecutando la operacion indicada (forceps, extraccion manual, conversion, inversion bipolares por maniobras mixtas), conforme á la práctica de los parteros mexicanos.

México, Octubre de 1882.

Manuel Gutierrez y Zavala.